

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814



November 30, 1988

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-118-88

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL PUBLIC AND PRIVATE ADOPTION AGENCIES
ALL SDSS ADOPTION DISTRICT OFFICES

SUBJECT: ADOPTION ASSISTANCE AGREEMENT (AD 4320)

The Adoption Assistance Agreement form (AD 4320) has been revised and updated as a result of changes in federal requirements relative to the Adoption Assistance Program.

Please note that a section has been added that advises prospective adoptive parents of the agency that will assist the child in obtaining services under Titles XIX (Medicaid) and XX (Social Services) of the Social Security Act. All County Letter 88-115 dated September 1, 1988 explains the purpose of this regulation change in detail.

Please destroy your existing supply of the AD 4320 (1/83) and order the revised AD 4320 (8/88). Enclosed is an advance copy of the revised form which may be reproduced for your immediate use. County Adoption Agencies may order the AD 4320 by using County Order Form (GEN 727B). State district offices and private adoption agencies may send a request to:

Department of Social Services
Warehouse
744 P Street, M.S. 19-20
Sacramento, CA 95814

If you have any questions regarding this notice, please contact Ms. Jennifer C. Smith, Adoptions Policy Consultant, at (916) 323-0470 or ATSS 473-0470.


LOREN D. SUTER
Deputy Director

Enclosure

cc: CWDA

ADOPTION ASSISTANCE AGREEMENT

DISTRIBUTION:
 Original: Adoptive Applicants
 Copy: Agency file

This is (check one) a deferred agreement (complete Section II only) or an initial agreement or an amendment to the agreement dated _____ I / we, _____ and _____

(DATE OF INITIAL AGREEMENT) (NAME OF PARENT) (NAME OF PARENT)

have entered into an agreement with the _____ for adoption assistance for _____

(NAME OF AGENCY) (NAME OF CHILD)

Complete Section I or II as appropriate.**SECTION I**

Under the terms of this agreement, Adoption Assistance Program eligibility is expected to continue from _____ until _____

(DATE OF ADOPTIVE PLACEMENT) (EXPECTED ENDING DATE OF ELIGIBILITY—NOT DATE OF NEXT RECERTIFICATION)

I / we understand that adoption assistance payments of \$ _____ per month are now being authorized effective _____ until _____ and that _____

(BEGINNING DATE OF PAYMENT OR DATE OF CHANGE) (NEXT RECERTIFICATION DATE) (COUNTY WELFARE DEPARTMENT)

will send us a form for the recertification of this agreement between 60 and 70 days prior to that date.

I / we understand that failure to complete the recertification information form may result in the delay of continued Adoption Assistance Program benefits.

I / we understand that, with my / our concurrence, the adoption agency may increase or decrease the amount of adoption assistance benefits as my / our circumstances or the needs of the child change.

I / we agree to keep _____ informed of any changes in my / our place of residence and current address until termination of adoption assistance.

(NAME OF CHILD'S AGENCY)

I / we agree to keep the _____ informed of any changes in my / our financial circumstances or the needs of the child that might affect the adoption assistance payment until termination of this agreement.

(NAME OF CHILD'S AGENCY)

I / we understand that continuation of adoption assistance payments depends upon my / our legal responsibility for the support of the child and of continued receipt of that support by the child.

I / we understand that this agreement shall remain in effect regardless of the state of which I / we are residents.

I / we understand that under the terms of this agreement the child is eligible for services under Titles XIX (Medicaid) and XX (Social Services) of the Social Security Act. _____ will help the child obtain these services if I / we live in or move to another state by providing information and referral services.

(NAME OF AGENCY)

I / we understand that state law prohibits the payment of an adoption assistance benefit which exceeds the amount which would have been paid for the child at the State-set rate / State participation rate for foster care. I / we agree that if foster care rates are reduced to an amount less than that specified by this agreement, the amount of adoption assistance benefits will be reduced to the amount which would have been paid for the child at the State-set rate / State participation rate for foster care.

I / we understand that the child will not be eligible to receive Adoption Assistance Program benefits after he / she reaches the age of 18 years unless he / she has a mental or physical handicap which warrants continuation of payment to the age of 21 years.

SECTION II

I / we understand that _____ has _____ which may

(NAME OF CHILD) (SPECIFY HEALTH PROBLEM)

result in a future need for Adoption Assistance Program benefits. Although assistance is not needed at this time, I / we understand that, after completion of the adoption, if I / we are unable to meet the child's need related to this known medical condition, or physical, mental, emotional handicap or other health condition, I / we may request Adoption Assistance Program benefits.

REASONS FOR ADOPTION ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY :

Age Sibling Group Member Minority Ethnicity Mental/Physical Health Problem

CHILD'S AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE	CHILD'S AGENCY NAME
ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE	FAMILY'S AGENCY REPRESENTATIVE (COOPERATIVE PLACEMENTS ONLY) DATE
ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE:	FAMILY'S AGENCY NAME

CONVENIO DE ASISTENCIA PARA ADOPCIÓN

DISTRIBUTION:
 Original: Adoptive Applicants
 Copy: Agency file

Este es un (marque uno) convenio postergado (complete solamente la sección II) o un convenio inicial o una enmienda al convenio de fecha

_____ Yo/nosotros _____ y _____
(FECHA DEL CONVENIO INICIAL) (NOMBRE DEL PADRE) (NOMBRE DE LA MADRE)
 hemos hecho un acuerdo con _____ para obtener asistencia con respecto a la adopción de _____
(NOMBRE DE LA AGENCIA) (NOMBRE DEL NIÑO)

Complete La Sección I o La II En La Manera En Que Aplique

SECCIÓN I

En conformidad con los términos de este convenio, se espera que la elegibilidad para el Programa de Asistencia para Adopción continúe de _____ a _____
(FECHA DE LA COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN) (FECHA ANTICIPADA DE LA TERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD — NO LA FECHA DE LA PRÓXIMA NUEVA CERTIFICACIÓN)

Yo/nosotros entendemos que los pagos de asistencia para adopción de \$ _____ mensuales han sido autorizados a partir de _____ hasta _____ y que _____ nos enviará una forma para la nueva certificación de este convenio 60 o 70 días antes de esa fecha.
(FECHA INICIAL DE LOS PAGOS O DEL CAMBIO) (FECHA DE LA PRÓXIMA NUEVA CERTIFICACIÓN) (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO)

Yo/nosotros entendemos que el no completar la forma para información sobre la nueva certificación puede resultar en que los beneficios continuos del Programa de Asistencia para Adopción se retrasen.

Yo/nosotros entendemos que, con nuestra conformidad, la agencia de adopción puede aumentar o disminuir la cantidad de beneficios de asistencia para adopción a medida que cambien mis/nuestras necesidades o las del niño.

Yo/nosotros convenimos que mantendremos a _____ al tanto de los cambios sobre mi/nuestro lugar de residencia y dirección actual hasta que se termine la asistencia para adopción.
(NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO)

Yo/nosotros convenimos que mantendremos a _____ al tanto de los cambios sobre mis/nuestras circunstancias económicas o las necesidades del niño que pudieran afectar los pagos de asistencia para adopción hasta que se termine este convenio.
(NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO)

Yo/nosotros entendemos que la continuación de los pagos de asistencia para adopción depende de mi/nuestra responsabilidad legal de sostener al niño y de recibir continuamente ese sostenimiento para el niño.

Yo/nosotros entendemos que este convenio permanecerá en vigor sin importar el estado en el que vivamos.

Yo/nosotros entendemos que en conformidad con los términos de este convenio, el niño es elegible para servicios bajo los títulos XIX (Medicaid) y XX (Servicios Sociales) del Acta del Seguro Social. _____ ayudará al niño a obtener
(NOMBRE DE LA AGENCIA)

estos servicios proporcionando servicios de información y de referencia, si yo/nosotros vivimos en o nos mudamos a otro estado.

Yo/nosotros entendemos que la ley del estado prohíbe el pago de un beneficio de asistencia para adopción el cual exceda la cantidad que se hubiera pagado para el niño usando la tarifa establecida por el estado/tarifa de participación del estado para cuidado temporal de crianza.

Yo/nosotros convenimos en que si se reducen las tarifas de cuidado temporal de crianza a una cantidad menor a la especificada en este convenio, la cantidad de beneficios de asistencia para adopción será reducida a la cantidad que se hubiera pagado para el niño tomando como base la tarifa establecida por el estado/tarifa de participación del estado para cuidado temporal de crianza.

Yo/nosotros entendemos que el niño no será elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia para Adopción después que cumpla 18 años de edad a menos que él/ella tenga una incapacidad mental que requiera la continuación de los pagos hasta la edad de 21 años.

SECCIÓN II

Yo/nosotros entendemos que _____ tiene _____
(NOMBRE DEL NIÑO) (ESPECIFIQUE EL PROBLEMA DE SALUD)

lo cual puede resultar en la necesidad de beneficios del Programa de Asistencia para Adopción en el futuro. Aun cuando en la actualidad no se necesita la asistencia, tenemos entendido que una vez que se complete la adopción, si no podemos satisfacer las necesidades del niño con respecto a este problema médico, físico, mental, incapacidad de tipo emocional, o cualquier otro problema de salud, podemos solicitar beneficios del Programa de Asistencia para Adopción.

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIÓN:

- Edad Miembro del grupo de hermanos Minoría/grupo étnico Problema de salud físico/mental

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DEL NIÑO	FECHA	NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO
FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE LA FAMILIA <small>(SOLAMENTE COLOCACIONES EN COOPERATIVA)</small>
FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA	NOMBRE DE LA AGENCIA DE LA FAMILIA